Article 25
M.B. 17.4.2024
Règles interprétatives

Modifier

Insérer

~~Enlever~~

Article 25

Règle interprétative 01

QUESTION

Les honoraires pour l'accouchement comprennent les honoraires de surveillance pour la bénéficiaire hospitalisée à l'occasion de son accouchement durant une période de dix jours. Si l'accouchement est fait par un médecin, il n'y a pas de problème. Si l'accouchement est fait par une accoucheuse et qu'une surveillance médicale est indiquée, le médecin peut-il porter en compte des honoraires ?

REPONSE

Les honoraires payés pour l'accouchement comprennent les honoraires pour la surveillance de la bénéficiaire même lorsque l'accouchement a été fait par une accoucheuse.
Il n'est cependant pas exclu qu'un médecin spécialiste puisse être appelé auprès de la bénéficiaire par le médecin responsable de la maternité. Dans ce cas, les honoraires prévus sous le n° 599082 Honoraires pour l'examen par un médecin spécialiste d'un bénéficiaire hospitalisé à la demande du médecin qui en a la surveillance C 12 pourront être remboursés dans les conditions fixées sous cette rubrique.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature : 599082 ;

Règle interprétative 02

QUESTION

Des interventions chirurgicales ne se pratiquent pas uniquement dans les services de chirurgie proprement dits. Les services d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'urologie et de gynécologie notamment procèdent à de nombreuses opérations. Au point de vue des honoraires de surveillance, le séjour dans de tels services doit-il dès lors être assimilé au séjour en service de chirurgie lorsqu'une intervention chirurgicale est pratiquée ?

REPONSE

La notion de service n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement des honoraires de surveillance : c'est la prestation qui est effectuée qui est prise en considération.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 03

QUESTION

Les honoraires dus pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé peuvent-ils être remboursés si cette surveillance s'est exercée assez tard le 1er jour et assez tôt le jour du départ ?

REPONSE

L'arrêté royal du 14 septembre 1984 prévoit des honoraires journaliers forfaitaires pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé.
Ces honoraires sont toujours liés à la journée d'hospitalisation. Lorsque les conditions fixées pour le remboursement d'une journée d'hospitalisation ne sont pas remplies, l'on considère qu'il n'y a pas d'hospitalisation au sens de l'assurance et dès lors, les honoraires de surveillance ne peuvent être remboursés.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 04

ATTENTION
LA REGLE INTERPRETATIVE 04 est abrogée à partir du 1-5-2024 :
M.B. 17-04-2024

~~QUESTION~~

~~Un pédiatre établit une « attestation de soins donnés aux malades hospitalisés » pour les prestations nos 598404 C 16, 598021 C 6 et 598043 C 3 en faveur d'un nouveau-né pour lequel il n'y a cependant pas eu hospitalisation au sens propre du mot. La clinique n'a pas transmis de demande d'hospitalisation et n'a pas porté de journée d'hospitalisation en compte pour ce nouveau-né.~~

~~REPONSE~~

~~Il apparaît que l'enfant n'a pas été hospitalisé pour son propre compte puisqu'aucun avis d'hospitalisation n'a été adressé à l'organisme assureur et qu'aucune journée d'entretien n'a été réclamée pour l'enfant.~~
~~Dans ces conditions, il s'agit d'un cas classique et :~~
~~1. le prix de journée d'entretien accordé pour la mère couvre l'hospitalisation de l'enfant pendant dix jours;~~
~~2. les honoraires de surveillance sont couverts pendant dix jours par les honoraires payés pour l'accouchement;~~
~~3. les honoraires pour l'intervention du médecin spécialiste en pédiatrie (599104 Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M, C 20) peuvent être remboursés au malade au maximum deux fois pendant la durée du séjour du nouveau-né en service M, à l'exclusion des prestations nos 598404 C 16, 598021 C 16 et 598043 C 3.~~

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature : 598021 ; 598043 ; 598404 ; 599104 ;

Règle interprétative 05

QUESTION

Une titulaire est affiliée à un organisme assureur différent de celui de son mari. Elle accouche dans une maternité. Un pédiatre intervient dans les 10 jours.
Quel organisme assureur doit rembourser la prestation n° 599104 Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M, C 20 : celui du père ou celui de la mère ?

REPONSE

Sauf exception, pendant les 10 jours qui suivent la naissance, l'enfant n'est pas hospitalisé pour son propre compte, il suit sa mère et une seule journée d'entretien est remboursée pour les deux, au nom de la mère.
Par conséquent, lorsque la prestation 599104 C 20 est portée en compte pour un nouveau-né, il faut nécessairement qu'il y ait corrélation avec la personne pour laquelle la journée d'hospitalisation est portée en compte. Si la mère elle-même est titulaire, les prestations sont à charge de son organisme assureur et non à charge de celui de son conjoint.
Lorsque l'enfant est hospitalisé pour son propre compte, ou lorsque l'enfant reste hospitalisé au-delà de la période de 10 jours, les prestations quelles qu'elles soient, sont à charge de l'organisme assureur du titulaire dont l'enfant est le bénéficiaire.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature : 599104 ;

Règle interprétative 06

QUESTION

Un bénéficiaire est hospitalisé dans une clinique neurologique (hospitalisation à temps plein). Le psychiatre traitant porte régulièrementen compte des honoraires de surveillance.
Par ailleurs, le malade se rend en consultation chez un neuropsychiatre, dont le cabinet est situé en ville, pour y suivre des séances de psychothérapie. Ce spécialiste peut-il porter en compte à chaque séance une consultation ou une séance de traitement psychothérapeutique ?

REPONSE

Les honoraires de surveillance remboursés pour un bénéficiaire hospitalisé couvrent les visites de tous les médecins qui participent à cette surveillance.
Le paiement des honoraires de surveillance exclut toute possibilité de rembourser des honoraires de consultation ou de visite prévus au chapitre II de la nomenclature, qu'elles aient lieu au dehors ou dans l'établissement hospitalier.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 07

a) La surveillance par un médecin spécialiste en pathologie interne pendant la période qui précède une première intervention thérapeutique, chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale qui se situe ou non dans les dix premiers jours de l'hospitalisation donne lieu au remboursement des honoraires de surveillance et cela quelle que soit la durée de la période post-opératoire.
Ce n'est que dans le cas où la surveillance est faite par un médecin spécialiste en pathologie externe ou un anesthésiste ou un médecin non spécialiste en pathologie externe qui pratique une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou obstétricale et que l'intervention se situe dans les dix premiers jours de l'hospitalisation que la période d'immunisation se compte à partir du premier jour d'hospitalisation sous la surveillance d'un tel médecin (cfr. art. 25, § 2, a), 2° et 3°, de la nomenclature des prestations de santé).
b) Lorsque pendant une même période d'hospi-talisation, plusieurs interventions thérapeutiques chirurgicales ou orthopédiques ou prestations obstétricales se succèdent, chaque nouvelle intervention met fin à la période d'immunisation précédente et ouvre une nouvelle période d'immunisation de 10 jours.
Toutefois, les interventions chirurgicales lourdes, visées à l'article 25, § 2, a), 2°, 3e alinéa, de la nomenclature des prestations de santé, n'entraînent pas l'immunisation des honoraires de surveillance pendant dix jours.
(Cette règle d'exception reste d'application lorsqu'une intervention chirurgicale non visée à l'article 25, § 2, a), 2°, 3e alinéa, de la nomenclature, précède ou suit l'intervention de chirurgie lourde).
c) L'immunisation de 10 jours vise toute intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou prestation obstétricale - sanglante ou non - des chapitres IV et V de la nomenclature, y compris les plâtres mais à l'exclusion des prises de moulage, ainsi que tout traitement interventionnel percutané sous contrôle d'imagerie médicale.
Toutefois, lorsque la valeur de la prestation ou de la somme de plusieurs prestations est inférieure à celle des honoraires de surveillance, le médecin peut choisir entre l'un ou l'autre de ces honoraires.
d) Il n'est pas mis fin à la période d'immunisation lorsque le bénéficiaire rentre après une interruption de l'hospitalisation de moins de 4 jours (moins de 31 jours en service K, A, T, Sp-chronique, G et Tf) et dès lors, les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours immunisés. Il en est de même pour les honoraires de surveillance : les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours de surveillance pendant l'absence sans que cela implique le paiement des honoraires de surveillance.
Il n'est pas mis fin non plus à la période d'immunisation de 10 jours lorsqu'un bénéficiaire opéré passe sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie interne, ni lorsqu'il est transféré d'un service à l'autre, au sein d'un même établissement hospitalier, au sein d'hôpitaux qui ont fusionné ensemble et auxquels un numéro d'agrément unique est attribué ou encore au sein d'un même groupement d'hôpitaux tel que défini par l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.
Par contre, en cas de transfert du bénéficiaire dans un établissement hospitalier autre que ceux visés ci-dessus, il faut considérer qu'une nouvelle période d'hospitalisation commence.
e) En cas de transfert du bénéficiaire dans un autre service au sein d'un même établissement hospitalier, les honoraires de surveillance sont attestés en tenant compte du nombre de jours écoulés lors du séjour dans le service précédent. Il n'est dès lors pas permis d'attester à nouveau les honoraires de surveillance prévus en début d'hospitalisation.
La même règle s'applique aussi lorsque le transfert a lieu entre deux hôpitaux appartenant à un même groupement d'hôpitaux tel que visé à l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter ou entre deux hôpitaux qui ont fusionnés ensemble et qui ont dès lors un numéro d'agrément unique.

QUESTION

Qu'advient-il de l'immunisation lorsqu'une nouvelle intervention succède à une autre pendant la même période d'hospitalisation ?

Qu'advient-il de l'immunisation lorsque l'hospitalisation est interrompue ou que le bénéficiaire est transféré dans un autre service ?

RÉPONSE

a) Lorsque pendant une même période d'hospitalisation, plusieurs interventions thérapeutiques chirurgicales ou orthopédiques ou prestations obstétricales se succèdent, chaque nouvelle intervention met fin à la période d'immunisation précédente et ouvre une nouvelle période d'immunisation de cinq jours.

Toutefois, les interventions chirurgicales lourdes, visées à l'article 25, § 2, a), 2°, 3e alinéa, de la nomenclature des prestations de santé, n'entraînent pas l'immunisation des honoraires de surveillance pendant cinq jours. (Cette règle d'exception reste d'application lorsqu'une intervention chirurgicale non visée à l'article 25, § 2, a), 2°, 3e alinéa, de la nomenclature précède ou suit une intervention de chirurgie lourde).

b) Il n'est pas mis fin à la période d'immunisation lorsque le bénéficiaire rentre après une interruption de l'hospitalisation de moins de 4 jours (moins de 31 jours en service K, A, T, Sp-chronique, G et Tf) et dès lors, les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours immunisés. Il en est de même pour les honoraires de surveillance : les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours de surveillance pendant l'absence, sans que cela implique le paiement des honoraires de surveillance.

Il n'est pas mis fin non plus à la période d'immunisation de cinq jours lorsqu'il est transféré d'un service à l'autre, au sein d'un même établissement hospitalier, au sein d'hôpitaux qui ont fusionné ensemble et auxquels un numéro d'agrément unique est attribué ou encore au sein d'un même groupement d'hôpitaux tel que défini par l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter. Par contre, en cas de transfert du bénéficiaire dans un établissement hospitalier autre que ceux visés ci-dessus, il faut considérer qu'une nouvelle période d'immunisation commence.

Date du moniteur : ~~13/03/2002;~~ 17/04/2024
Date de prise d'effet : ~~13/03/2002~~; 01/05/2024

Articles : 25 ; 25-§ 2 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 08

ATTENTION
LA REGLE INTERPRETATIVE 08 est abrogée à partir du 1-5-2024 :
M.B. 17-04-2024

~~QUESTION~~

~~Honoraires de surveillance lorsqu'on effectue la prestation n° 257272 - 257283 Bronchoscopie avec extraction de corps étrangers K 120.~~

~~REPONSE~~

~~L'extraction de corps étrangers par bronchoscopie étant une intervention thérapeutique de la section 5, Chirurgie, aucun honoraire de surveillance n'est dû pendant dix jours.~~

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature : 257272 ; 257283 ;

Règle interprétative 09

QUESTION

Un médecin ayant simultanément l'agréation de neurologue et de neurochirurgien exerce la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé du 1 au 25.10 et réclame les honoraires suivants : 598404 C 16 x 5, 598021 C 6 x 1, 598043 C 3 x 9.
L'intervention chirurgicale pratiquée par un autre neurochirurgien se situe au 7.10. La tarification est-elle exacte ?

REPONSE

Du fait de sa double reconnaissance comme spécialiste en pathologie interne et en pathologie externe, le médecin tombe sous l'application des dispositions de l'article 25, § 2, a), 2°, premier alinéa, qui prévoient que :
« Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale sont couverts pendant 10 jours par les honoraires prévus pour cette intervention. Ces 10 jours se comptent à partir du premier jour d'hospitalisation du bénéficiaire sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie externe ou d'un médecin spécialiste en anesthésie. »

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ; 25-§ 2 ;

Numéro de nomenclature : 598021 ; 598043 ; 598404 ;

Règle interprétative 10

QUESTION

Peut-on porter en compte des honoraires de surveillance des bénéficiaires hospitalisés ou des honoraires de consultation dans les cas visés à l'article 4, §§ 4, 5 et 6 de la convention nationale entre les organismes assureurs et les établissements hospitaliers ?

Et qu'en est-il en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour lors de laquelle est effectuée une prestation figurant dans l'annexe 3, point 6 (liste A), de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ?

REPONSE

1. Dans les cas énumérés à l'article 4, § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait A, B, C ou D) et § 6 (dialyse rénale) de la convention nationale entre les organismes assureurs et les établissements hospitaliers, le régime des honoraires médicaux de surveillance doit être appliqué (article 25 de la nomenclature des prestations de santé).

Il en est de même en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour lors de laquelle est effectuée une prestation figurant dans l'annexe 3, point 6 (liste A), de l'arrêté royal du 25 avril 2002 susmentionné.

Des honoraires de consultation ne peuvent pas être portés en compte.

2. Dans les cas énumérés à l'article 4, § 3 (mini forfait) et § 7 (salle de plâtre) de la convention hospitalière, les patients ne peuvent pas être considérés comme des bénéficiaires hospitalisés et le régime des honoraires de surveillance n'est pas applicable en l'occurrence; les honoraires de consultation peuvent être portés en compte éventuellement dans les limites prévues par les dispositions de la nomenclature des prestations de santé.

Date du moniteur : 04/06/2003
Date de prise d'effet : 01/07/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 11

QUESTION

Une bénéficiaire accouche en clinique sans l'aide d'un médecin ou d'une accoucheuse : peut-on rembourser les honoraires de surveillance au médecin qui assure la surveillance post-natale de l'intéressée ?

REPONSE

Lorsque les honoraires pour accouchement ou toute autre prestation obstétricale n'ont pas été portés en compte, notamment en raison du fait qu'aucun prestataire qualifié n'a pratiqué cette prestation, les honoraires de surveillance sont dus sur base des dispositions de l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 12

ATTENTION
LA REGLE INTERPRETATIVE 12 est abrogée à partir du 1-5-2024 :
M.B. 17-04-2024

~~QUESTION~~

~~Extractions dentaires multiples sous anesthésie générale : la condition relative à l'état général du patient n'est pas réalisée, les autres critères prévus à l'article 15, § 9, de la nomenclature des prestations de santé sont remplis : y a-t-il immunisation des honoraires de surveillance ?~~

~~REPONSE~~

~~Dans le cadre des dispositions de l'article 15, § 9, de la nomenclature des prestations de santé, les honoraires pour les extractions dentaires multiples sous anesthésie générale couvrent la surveillance du bénéficiaire pendant 10 jours. Si la prestation 317214 - 317225 + Extraction sous anesthésie générale, de 8 dents au moins, y compris l'alvéolectomie et les sutures éventuelles K 125 ne peut pas être attestée, les honoraires de surveillance sont dus.~~

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 15-§ 9 ; 25 ;

Numéro de nomenclature : 317214 ; 317225 ;

Règle interprétative 13

QUESTION

Que faut-il entendre par les termes « médecin spécialiste en pathologie externe » repris à l'article 25, § 2, a), 2°, de la nomenclature des prestations de santé ?

REPONSE

Pour l'application des dispositions de l'article 25, § 2, a), 2°, de la nomenclature des prestations de santé, par « médecin spécialiste en pathologie externe », il faut entendre les médecins agréés dans les spécialités chirurgicales citées aux points a) à l) de l'article 14 qui débute par : « Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des disciplines relevant de la pathologie externe ».

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 14a ; 14b ; 14c ; 14d ; 14e ; 14f ; 14g ; 14h ; 14i ; 14j ; 14k ; 14l ; 25 ; 25-§ 2 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 14

QUESTION

Pour les cinq premiers jours d'hospitalisation, sous quels numéros faut-il attester les honoraires de surveillance du médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie ou en rhumatologie, pour un patient hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur ?

REPONSE

Ces honoraires de surveillance doivent être attestés sous le numéro
599384
Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus : les cinq premiers jours, par jour C 12
ou
598323
Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus : par un médecin accrédité, les cinq premiers jours, par jour C 12 + Q 30
selon le cas, et non sous le numéro
598404
Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie, en rhumatologie : les cinq premiers jours, par jour C 16
ou
598146
Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin accrédité spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie, en rhumatologie : les cinq premiers jours, par jour C 16 + Q 30.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature : 598146 ; 598323 ; 598404 ; 599384 ;

Règle interprétative 15

QUESTION

La prestation 424056 - 424060 Cardiotocographie anténatale (à l'exclusion des cardiotocographies effectuées le jour de l'accouchement) : enregistrement combiné du rythme cardio-foetal, de l'intensité et de la fréquence des contractions, d'une durée minimale d'une demi-heure, avec protocole et extraits des tracés, par jour K 25 entraîne-t-elle l'immunisation des honoraires de surveillance prévus à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé ?

REPONSE

L'article 25, § 2, a) 2°, de la nomenclature des prestations de santé précise que :
« Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale ou un traitement interventionnel percutané sous contrôle d'imagerie médicale, sont couverts pendant 10 jours par les honoraires prévus pour cette intervention... ».
La prestation 424056 - 424060 K 25 est classée dans le chapitre des accouchements mais il s'agit d'un acte diagnostique.
Etant donné qu'il ne s'agit pas d'une intervention, la prestation 424056 - 424060 K 25 n'entraîne pas l'immunisation des honoraires de surveillance, prévus à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé.
Ces honoraires de surveillance peuvent dès lors être attestés dans les conditions prévues à l'article 25 de la nomenclature.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ; 25-§ 2 ;

Numéro de nomenclature : 424056 ; 424060 ;

Règle interprétative 16

QUESTION

1. Modalité de facturation d'honoraires de consultations et d'actes techniques dans le cadre d'une mission d'un service mobile d'urgence (SMUR).
2. Modalités de facturation d'honoraires de consultations des spécialistes et d'actes techniques dans le cadre du service d'urgence spécialisé agréé.
En détail, il est important de savoir qui peut facturer quoi et deuxièmement, à partir de quel moment un patient admis pour surveillance dans un lit du service durgence peut être considéré comme hospitalisé (après 12 h, 24 h, 25 h etc.).
3. Existe-t-il un honoraire ou un forfait de surveillance en urgence ?
Pour illustrer la question, voici quelques exemples :
A) Une patiente de 21 ans est admise en urgence pour abdomen aigu avec douleurs à la fosse iliaque droite. Le médecin urgentiste examine la patiente. Il pratique un cathétérisme vésical pour un examen d'urine, demande une biologie, un abdomen aigu et une échographie du pelvis. Le chirurgien est appelé qui examine également la patiente. Il désire l'avis du gynécologue qui fait une échographie transvaginale. Comme il y a un peu de sang dans les urines, on demande l'avis de l'urologue qui fait une échographie des reins et une cystoscopie.
Tous ces examens restant négatifs, on met la patiente en surveillance pendant 24 heures. La symptomatologie persiste, on décide l'hospitalisation et on pratique une laparoscopie exploratrice.
B) Un patient collabe dans un grand magasin. Il présente une plaie ouverte au crâne et une fracture du poignet. Le SMUR étant appelé sur place, le médecin du SMUR fait une réanimation et place un cathéter veineux central. Le patient est emmené aux urgences. Il est vu par l'urgentiste qui place un cathéter vésical et suture la plaie. Il appelle le chirurgien qui réduit la fracture et met un plâtre. Il demande l'avis du neurologue qui ne trouve rien de particulier dans ses examens. Entre-temps, le patient s'est bien rétabli spontanément, refuse une surveillance supplémentaire et quitte l'hôpital de son propre gré.
C) Un patient est amené en privé, inconscient. L'urgentiste pratique une intubation, un sondage vésical. L'électrocardiogramme montre un infarctus de la paroi postérieure avec des accès de troubles de rythme. L'interniste est appelé et reprend le traitement et hospitalise le patient aux soins intensifs où une thrombolyse est installée.
D) Un patient arrive aux urgences avec une piqûre de guêpe. Il ne montre apparemment aucun symptôme aigu d'allergie. On le soigne. Il quitte l'hôpital. Après 30 minutes il revient et montre des signes évidents de détresse respiratoire avec un oedème de Quincke. Il est admis aux urgences pendant 24 heures, puis il quitte l'hôpital.

REPONSE

1. Aucune consultation ou visite à domicile ne peut être portée en compte par le médecin qui accompagne le SMUR.
Les actes techniques effectués dans le cadre d'une mission du SMUR doivent être attestés sur base des numéros réservés aux patients non hospitalisés, et ce, pour autant que tous les critères fixés par la nomenclature des prestations de santé soient réalisés.
La nomenclature des prestations de santé prévoit notamment la prestation 214233 - 214244 Installation et surveillance de la respiration contrôlée sous intubation endotrachéale ou trachéotomie et de la fonction cardiaque avec utilisation d'un appareil de monitoring qui suit au moins en permanence l'électrocardiogramme pendant l'accompagnement du transport urgent d'un patient dans une ambulance médicalisée N 150, pour laquelle des règles d'application sont prévues à l'article 13 de la nomenclature.Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 590472 Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros d'un service mobile d'urgence suite à un appel au centre d'appel unifié « 100 »... A 50.
La prestation 214233 - 214244 requiert la qualification de médecin spécialiste en médecine

interne, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, rhumatologie, pédiatrie, anesthésiolo-gie, chirurgie générale, neurochirurgie, ortho-pédie, chirurgie plastique, urologie ou neurologie.
2. En ce qui concerne la tarification des prestations effectuées dans le service des urgences, et en particulier en ce qui concerne la consultation, on peut rappeler la règle interprétative n° 14 : relative à l'article 2 qui prévoit que :
« Le cumul entre la consultation et les honoraires de surveillance n'est pas permis dans le cas où le patient est convoqué par un médecin de l'établissement de soins, est envoyé par son médecin traitant ou entre d'urgence dans un établissement de soins, pour y être hospitalisé. »
D'autre part, la circulaire OA n° 84/382 du 7 décembre 1984 précise que : « en règle générale, c'est la situation du patient au moment où la prestation est effectivement dispensée qui est déterminante pour le choix du numéro d'ordre; toutefois pour les prestations de biologie clinique, d'anatomo-pathologie ou de médecine nucléaire in vitro, le caractère « ambulant » ou « hospitalisé » doit être déterminé en fonction du moment de l'établissement de la prescription. La qualité « d'hospitalisé » du patient est censée exister depuis l'heure et date d'admission à l'hôpital, telles que figurant sur le document de notification d'hospitalisation. »
Les analyses prescrites à un patient qui se présente en urgence à l'hôpital peuvent être attestées sous les numéros réservés aux patients ambulants pour autant que les résultats soient connus avant l'hospitalisation et soient contributifs à la décision d'admission.
La consultation réellement effectuée en urgence avant que ne soit prise la décision d'hospitaliser le patient peut également être attestée. Dans ces situations imprévisibles ou d'urgence, l'on ne se trouve pas en contradiction avec la règle interprétative n° 14 susmentionnée.
Il ne peut pas s'agir d'une procédure systématique qui serait appliquée aux patients dont l'état démontre d'emblée qu'une hospitalisation s'impose.
Par ailleurs, dans le cas où un patient se présente à l'hôpital pour y être hospitalisé, subit quelques examens et est transféré ensuite dans un autre établissement hospitalier, les anayses effectuées dans le premier hôpital doivent être tarifées sous les numéros de code prévus pour les patients hospitalisés.
- Les prestations doivent être attestées au nom du prestataire qui les a effectuées, pour autant qu'il possède la qualification requise par la nomenclature des prestations de santé.
Les prestations effectuées par un médecin de médecine générale porteur d'un brevet de médecine aiguë doivent être attestées au nom de ce médecin sous les numéros de code accessibles au médecin généraliste.
Toutefois, en ce qui concerne les prestations effectuées par un médecin candidat spécialiste, il y a lieu de se référer aux dispositions des articles 1er, § 4ter, et 10, § 2 de la nomenclature.
Les prestations effectuées par un médecin candidat spécialiste seront attestées à 100 % (par le maître de stage) ou à 75 % (par le candidat spécialiste) selon les conditions de surveillance du stage prévues à l'article 1, § 4ter de la nomenclature des prestations de santé.
Il doit toujours s'agir de prestations effectuées dans le cadre du plan de stage approuvé par la Commission d'agréation compétente.
- Un patient admis pour surveillance dans un lit du service des urgences est considéré comme hospitalisé dès le moment où le médecin juge nécessaire de le garder sous surveillance à l'hôpital, pour autant que le séjour hospitalier comprenne au moins une nuitée et que les critères médicaux de remboursement d'une journée d'hospitalisation soient rencontrés
(cf. Article 9, § 1er, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).
3. La nomenclature des prestations de santé ne prévoit aucun forfait de surveillance spécifique pour les patients examinés et traités en urgence.
Pour les consultations et les prestations techniques urgentes, il y a lieu de se référer aux dispositions des articles 2, A et F et 26 de la nomenclature.
On trouve ci-dessous la réponse aux exemples concrets soumis :
A. Si la nécessité d'hospitaliser la patiente n'était pas d'emblée prévisible, elle doit être considérée comme hospitalisée à partir du moment où le médecin a décidé de la mettre en surveillance pendant 24 heures.
Les actes techniques qui précèdent cette décision doivent être attestés sous les numéros de code prévus pour les patients non hospitalisés.
Le médecin urgentiste peut attester une consultation si l'hospitalisation de la patiente n'était pas

d'emblée prévisible.
Une seule consultation peut être attestée pour l'examen de la patiente par les trois médecins spécialistes en pathologie externe, pour autant que la nécessité d'hospitaliser la patiente ne se soit pas imposée lors de ces différents examens et pour autant que le médecin urgentiste ne soit pas agréé lui-même dans une discipline chirurgicale.
B. Toutes les prestations effectuées pour ce patient doivent être attestées sous les numéros prévus pour les patients non hospitalisés.
C. Le patient doit être considéré comme hospitalisé dès son arrivée à l'hôpital.
D. Lors de son premier passage au service des urgences, le patient doit être considéré comme ambulant.
Il doit être considéré comme hospitalisé dès son retour dans le service des urgences.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 1-§ 4ter ; 2 ; 2-§ A ; 2-§ F ; 10-§ 2 ; 25 ; 26 ;

Numéro de nomenclature : 214233 ; 214244 ; 590472 ;

Règle interprétative 17

QUESTION

Un médecin spécialiste est appelé par un autre médecin au chevet d'un bénéficiaire hospitalisé. Peut-on rembourser les frais de déplacement ?

REPONSE

La nomenclature des prestations de santé ne prévoit pas le remboursement des frais de déplacement éventuels.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 18

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 18 est abrogée à partir du 01/12/2007 :
M.B. 10-03-2016

QUESTION

L'article 25, § 3, de la nomenclature des prestations de santé précise que :
« Lorsque la fonction de permanence médicale est partagée entre plusieurs hôpitaux, par rotation, les honoraires sont à partager pro rata temporis. Le forfait total est porté en compte pour toutes les admissions ayant eu lieu au cours de la période durant laquelle la permanence était assurée par l'hôpital en question, et au cours de laquelle le médecin était présent dans l'hôpital de façon ininterrompue, tandis que les autres hôpitaux ne portent rien en compte pour les admissions effectuées au cours de cette période. »
Que peut attester un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés et d'une fonction agréée de soins intensifs, pendant la période au cours de laquelle il n'exerce pas la permanence "100" ?

REPONSE

Pendant la période où il n'exerce pas la permanence "100", l'hôpital en question peut attester la prestation 590225 Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intrahospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés et d'une fonction agréée de soins intensifs A 40.
En effet, dans le texte de l'article 25, § 3, de la nomenclature actuelle, il n'est pas fait mention de la permanence "100".
Les prestations 590225 Honoraires forfaitaires pour la permanence .... A 40 et 590181 Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés A 28 ne dépendent pas de l'exercice ou non de la permanence "100".
Toutefois, les conditions mentionnées dans les libellés et les règles de la nomenclature concernant cette permanence doivent être respectées. Cette permanence doit être assurée 24 heures sur 24 et doit garantir une disponibilité immédiate du médecin qualifié au sens de la nomenclature.
A noter que l'hôpital qui atteste la prestation 590225 A 40 doit répondre à la condition mentionnée sous le libellé, à savoir :
« Au moins un des médecins de permanence intramuros est soit porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, soit porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, soit spécialiste agréé en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en rhumatologie, en neurologie, en pédiatrie, en anesthésie-réanimation, en chirurgie, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en urologie. »

Date du moniteur : 24/06/2003
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 25 ; 25-§ 3 ;

Numéro de nomenclature : 590181 ; 590225 ;

Règle interprétative 19

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 19 est abrogée à partir du 01/07/2011 :
M.B. 16-01-2012

QUESTION

Les prestations 599443 et 599465 (consultation de psychiatrie de liaison interne) faites à la demande du médecin spécialiste traitant autre que le médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, suite à la survenue de problématique psychiatrique chez son patient hospitalisé en service Sp, peuvent-elles être attestées ?

REPONSE

Les prestations en question peuvent être attestées si elles sont exécutées par un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, suite à la demande du médecin spécialiste traitant (autre qu'un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie) sauf si le patient est hospitalisé dans un service Sp-psychogériatrique (que ce soit d'un hôpital psychiatrique ou d'un hôpital général).

Date du moniteur : 29/06/2004
Date de prise d'effet : 29/06/2004

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature : 599443 ; 599465 ;

Règle interprétative 20

QUESTION

La prestation 590446 Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés pour le transport avec accompagnement médical d'un patient hospitalisé vers un établissement hospitalier autre que l'établissement dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés, en vue de la fixation en urgence d'un diagnostic et/ou traitement A 150 peut être attestée lorsqu'un patient est transféré de l'hôpital A vers l'hôpital B par un médecin de la fonction agréée de soins urgents spécialisés de l'hôpital A.

Peut-elle aussi être attestée lorsqu'un médecin de la fonction agréée de soins urgents spécialisés de l'hôpital B assure l'accompagnement médical d'un patient transféré de l'hôpital A vers l'hôpital B ?

REPONSE

La prestation 590446 Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés pour le transport avec accompagnement médical d'un patient hospitalisé vers un établissement hospitalier autre ....A 150 peut être attestée lorsqu'un médecin de la fonction agréée de soins urgents spécialisés de l'hôpital B assure l'accompagnement médical d'un patient transféré de l'hôpital A vers l'hôpital B, pour autant que les critères fixés par la nomenclature des prestations de santé soient rencontrés, notamment concernant la qualification du médecin accompagnant.

De plus, pour le transport entre les différents campus d'un même hôpital, les prestations suivantes ne peuvent en aucun cas être attestées :

- 590446 Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés pour le transport avec accompagnement médical d'un patient hospitalisé vers un établissement hospitalier autre ..... A 150;

- 590472 Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros du groupe d'urgence mobile en vue d'un transport avec accompagnement médical vers l'hôpital dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés A 50,

ou

- 590435 Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros du groupe d'urgence mobile et du transport avec accompagnement médical d'un patient vers un établissement hospitalier autre que l'établissement dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés A 75.
C'est cette interdiction que l'on a voulu exprimer dans le libellé de ces prestations. L'intention était toutefois bien de rembourser l'accompagnement médical du transport, quel que soit l'hôpital (A ou B) qui assure cet accompagnement.

Date du moniteur : 06/04/2009
Date de prise d'effet : 01/09/2008

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature : 590446 ; 590472 ; 590435 ;

Règle interprétative 21

QUESTION

La prestation 596525 Honoraires pour l'examen pédiatrique, effectué chez un bénéficiaire hospitalisé de moins de 16 ans, par le médecin spécialiste en pédiatrie, sur prescription du médecin spécialiste non pédiatre qui exerce la surveillance, avec rapport écrit repris dans le dossier médical : le premier examen C 30 peut-elle être attestée en hospitalisation de jour ?

REPONSE

Non, la pédiatrie de liaison est réservée aux patients hospitalisés, séjournant au moins une nuit à l'hôpital.

Date du moniteur : 18/11/2010
Date de prise d'effet : 01/10/2001

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature : 596525 ;

Règle interprétative 22

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 18 est abrogée à partir du 01/11/2011 :
M.B. 28-11-2019

QUESTION

Pour les prestations 597586 et 597601, honoraires pour la concertation pluridisciplinaire dans un service A, la première règle d'application stipule : "les prestations ne peuvent être attestées qu'une fois tous les quinze jours, durant le premier mois de l'hospitalisation dans un service A et ensuite une fois par mois".

Comment doit être interprété l'intervalle de temps ?

REPONSE

Pendant le premier mois, les prestations peuvent être attestées pour les deux semaines. Un mois est une période de date à date et non mois calendrier.

La prestation de référence est toujours l'attestation précédente : le minimum d'intervalle entre deux prestations est donc :

Pendant le premier mois d'hospitalisation :
— première attestation : D1
— deuxième attestation : D2 = D1 + 14 jours

Ensuite (à partir du deuxième mois d'hospitalisation) :
— troisième attestation : D3 = D2 + 14 jours
— quatrième attestation : D4 = D3 + 30 (31) jours et ainsi de suite.

Date du moniteur : 24/06/2014
Date de prise d'effet : 01/11/2011

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature : 597586 ; 597601;

Règle interprétative 23

QUESTION

Dans quelles circonstances des honoraires A et C (article 25, § 3bis) peuvent-ils être attestés dans la fonction de soins urgents spécialisés ?

REPONSE

Des honoraires A pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient peuvent uniquement être attestés si le médecin de permanence effectue réellement une anamnèse et un examen clinique. Pour de simples tri et renvoi, aucun honoraire A ne peut être attesté.

Les honoraires C pour un examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés par un médecin "appelé par un médecin qui assure la permanence" sont attestés par un médecin qui n'assure pas la permanence. Il peut être appelé après un examen par le médecin de permanence ou après un tri ou à la suite d'un "ordre permanent" du chef de service ou du médecin de permanence qui définit clairement les circonstances du renvoi. Après un renvoi au moyen d'un simple tri ou d'un ordre permanent, aucun honoraire A ne peut être attesté.

Date du moniteur : 10/03/2016
Date de prise d'effet : 01/07/2007

Articles : 25 ; 25 § 3bis ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 24

QUESTION

Dans notre hôpital psychiatrique il y a des patients qui, lors des jours où ils sont absents, veulent consulter le psychiatre.

Les jours où ils sont absents, une absence dans un but thérapeutique est attestée. Je pense qu'à ce moment on peut considérer ces patients comme ambulatoires. Est-ce que le psychiatre peut attester le code de consultation 102960 pendant l'absence dans un but thérapeutique du patient ?

REPONSE

Pendant l'absence dans un but thérapeutique le médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie peut attester un honoraire de disponibilité :

597704 Honoraire de disponibilité pendant les absences dans un but thérapeutique du patient admis dans un service A, K et T d'un hôpital psychiatrique C 3

L'honoraire de disponibilité peut être porté en compte par le médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie qui effectue la surveillance du patient pendant son admission quand le patient est absent dans le cadre d'un congé thérapeutique planifié.

La prestation 597704 peut être portée en compte à partir du deuxième mois d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique avec un maximum de trois jours par mois-calendrier et vingt-et-un jours par année-calendrier.

La prestation 597704 ne peut pas être portée en compte après la sortie du patient de l'hôpital psychiatrique.

Lors de l'introduction de cette prestation, il a été explicitement mentionné que l'attestation de prestations ambulatoires n'était pas autorisée pour le médecin spécialiste en psychiatre ou en neuropsychiatrie pendant l'absence dans un but thérapeutique. Une consultation ne peut donc pas être attestée.

D'autres prestataires peuvent cependant être consultés.

Date du moniteur : 16/12/2020
Date de prise d'effet : 01/05/2003

Articles : 25 ;

Numéro de nomenclature : 597704